Über den

Verlauf der Hüftgelenkentzündung

bei nicht-operativer Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt

am 28. Februar 1893

von

Friedrich Schmidt

aus Tripkau (Preussen).

Erlangen.

K. b. Hofbuchdruckerei von Aug. Vollrath.

1894.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Erlangen.
Referent: Herr Prof. Dr. v. Heineke.

Seinen lieben Eltern

in

herzlicher Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0271

Unter den fungösen Gelenkentzündungen, wie wir sie an den sechs grossen Gelenken der Extremitäten beobachten können, nimmt diejenige des Hüftgelenks zwar nicht den ersten Platz ein, macht aber dennoch nach Hueter wegen der Häufigkeit ihres Auftretens etwa 20% aller entzündlichen Gelenkaffektionen aus. So zahlreich nun auch immerhin das Material der mit Coxitis behafteten Individuen ist, so ist es dennoch bis jetzt nicht recht möglich gewesen, in bezug auf den Verlauf und den Ausgang dieser Gelenkerkrankung Genaueres festzustellen; denn es fehlt uns in dieser Beziehung noch eine ausreichende und eingehende Statistik.

Wenn ich nun im folgenden den Versuch mache, einiges zur Ausfüllung dieser Lücke beizutragen und zwar über den Erfolg der exspektativen Behandlung einige Mitteilungen zu veröffentlichen, so bin ich mir dabei bewusst, dass ich bei der relativ geringen Anzahl der zu Gebote stehenden Fälle keinen Anspruch darauf machen kann, dass damit diese Lücke völlig ausgefüllt wird.

Bevor ich nun an die Vorführung der einzelnen Fälle herangehe, sei es mir gestattet, noch einiges über die Coxitis, wie es mir zur Vervollständigung nötig erscheint, vorauszuschicken.

Die Coxitis ist bekanntlich vorwiegend eine Krankheit jugendlicher Individuen. Erwachsene werden in ungleich seltenerem Masse davon ergriffen. Wir sehen sie ziemlich selten vor dem dritten Lebensjahre auftreten, und sie ist nach Hueter zwischen dem 5. und 10. Jahre häufiger als zwischen dem 10. und 15.

Sie ist nach demselben Forscher fast ausschliesslich primär ostealen Ursprungs. Die Knochenentzündungen der Pfanne und des Oberschenkels leiten die Coxitis ein, und darin scheint gerade hier mehr als an irgend einem anderen Gelenke das prädisponierende Moment zu liegen. Im Acetubulum stossen drei verschiedene Knochen des Beckens zusammen, die bei jugendlichen Individuen durch drei Knorpelscheiben bekanntlich getrennt sind, die die Bedeutung von Epiphysenscheiben besitzen. Da nun ferner schon von Geburt an ein Teil der Ossifikationsgrenze der Diaphyse des Femur in das Gebiet der Gelenkkapsel hineinragt und die obere Epiphysenscheibe allmählich ganz in das Bereich der Synovialinsertion hineinrückt, (Hueter) und ferner an den Epiphysenscheiben Knochengewebe jüngster Bildung liegt, welches wegen seiner lebhaften Ernährung auch am ehesten der Entzündung anheimfallen kann, so ist hieraus gewiss mit Recht ersichtlich, dass die Ansicht über den ostealen Ursprung eine gerechtfertigte ist. Da nun ferner bei der langsam fortschreitenden tuberkulösen Infektion vom Blute aus, welche eine Myelitis granulosa bedingt, jede Markentzündung in der Nähe einer dieser Knorpelscheiben liegen muss, so ist, wenn überhaupt der Prozess bis an die Peripherie des Knochens gelangt, die Entzündung des Hüftgelenks eine notwendige Folge. Nur am Trochanter wäre eine Ausdehnung ohne Beteiligung des Gelenks möglich.

Eine genaue Zusammenstellung durch Oberst aus der v. Volkmannschen Klinik giebt nun ferner an, dass der Ausgangspunkt der tuberkulösen Coxitis sehr viel häufiger im Acetubulum als im Femur liegt. Ist nun die Myelitis bis in das Gelenk durchgebrochen, so ist damit die Entzündung der Synovialis verursacht; und zwar wird die Synovitis im Anschluss an die granulierende Form der Myelitis zwar anfangs seröser Natur sein, bald aber sich in eine granulöse umwandeln.

Streifen wir nun noch kurz das klinische Bild, so unterscheiden wir bekanntlich drei Stadien, nämlich zwei der Efforescenz und ein drittes der Folgeerscheinungen.

Das erste sogenannte Initialstadium der Coxitis bietet uns selten ausgesprochene lokale Krankheitssymptome; wir finden die Kinder in leicht weinerlicher unzufriedener Stimmung, zuweilen hinken sie bereits etwas, geben uns aber einen Schmerz im Knie an, der allerdings, wie verschiedentlich nachgewiesen wurde, ein excentrischer zu sein scheint. Die einzelnen Theorieen hierfür übergehe ich der Kürze halber. Nach und nach wird jedoch das Krankheitsbild lokaler; wir finden Schmerzhaftigkeit im Gelenk, namentlich bei Bewegungen. Das Bild vervollständigt sich allmählich; die Patienten flektieren den Oberschenkel mässig, abducieren ihn stark, rotieren ihn nach aussen, wobei sie meistens eine Compensation des Rumpfes eintreten lassen, die sich jedoch nur bei genauer Untersuchung der Wirbelsäule und des Beckens feststellen lässt. Sie neigen das Becken nach der kranken Seite und beugen es gleichzeitig nach vorn und erzeugen so eine scheinbare Verlängerung des Beines; die Wirbelsäule wird dadurch in eine lordoskoliotische Stellung gebracht.

Um vieles deutlicher ist aber das Bild, wie wir es im zweiten Stadium beobachten können: eine entzündliche Schwellung ist in der Hüftgegend vorhanden; der Patient klagt über starke Schmerzen bei geringsten Bewegungen; er liegt auf der gesunden Seite; wir sehen eine starke Flexion des Oberschenkels, keine Abduktion, sondern oft starke Adduktion, nicht Rotation nach aussen, sondern nach innen, und dann entsteht infolge des compensierenden Erhebens des Beckens auf der erkrankten Seite jetzt eine scheinbare Verkürzung, ein Krankheitsbild, welches oft durch bereits durchgebrochene Fistelgänge noch vervollständigt wird.

Das dritte Stadium kommt im Verhältnis zu den beiden anderen im grossen und ganzen eigentlich seltener zur Beobachtung. Manche Fälle heilen aus, wenn auch nur selten und vielleicht oft scheinbar, andere enden bald im zweiten Stadium letal. Die Erscheinungen bestehen in wirklicher Verkürzung des Beines, sei es dass eine Wachstumshemmung im Femurkopf nach Zerstörung der Epiphyse vorliegt, oder dass die Pfanne durch Einschmelzung vertieft wurde, oder dass schliesslich eine Luxation nach oben und aussen durch Zerstörung des hinteren seitlichen und oberen Pfannenrandes die Ursache ist. Dass endlich Frakturen des Schenkelkopfes nach Unterminierung der Schenkelhalswandungen möglich sind, dürfte ja auch nicht auszuschliessen sein, zumal wir derartige Erscheinungen nicht ganz selten im Gefolge einer Osteomyelitis bekanntlich finden.

Die Therapie besteht bekanntlich teilweise in der exspektativen, teilweise in der operativen Methode. Die exspektative setzt sich zusammen aus absoluter Ruhe, Hebung des Allgemeinzustandes durch gute Ernährung und Erfüllung der hygienischen Forderungen, örtlichen Gips- oder Pappschienenverbänden unter gleichzeitiger Anwendung einer Beckenstütze, Extensionsverbänden, Stehbetten — kurz aus möglichster Immobilisation des erkrankten Gelenks; die operative besteht in Eröffnung durchbrechender Abscesse und Fistelgänge, Eröffnung des Gelenks, eventueller Resektion und Säuberung, Anlegung eines antiseptischen Verbandes mit eventueller Tamponade; ferner hat man von aussen Carbolsäureinjektionen in 3—5% Lösung in das erkrankte Gelenk gemacht, deren Erfolge jedoch bei der immerhin seltenen Anwendung noch ausstehen. Die Massregeln und die Theorie für die Extension bei Abduktion- oder bei Adduktionstellung übergehe ich der Kürze wegen.

In hiesiger chirurgischen Klinik sind in den letzten fünf Jahren, wie schon erwähnt, eine Reihe von Coxitiden

zur Behandlung und Beobachtung gekommen. Die Betreffenden sind fast sämtlich Individuen aus den Kinderjahren, und sie wurden mit wenigen Ausnahmen nach den Prinzipien der eben angeführten exspektativen Methode behandelt.

Um nun zu dem Resultate meiner Aufgabe zu kommen, nämlich zu eruieren, welche Heilerfolge nach einer derartigen Therapie zu verzeichnen seien, wandte ich mich mit Fragebögen an die Eltern der betreffenden Patienten; es sind mir nun recht interessante und beachtenswerte Mitteilungen zu teil geworden. Ich lasse vorläufig der besseren Übersicht halber die Fälle in kurzer Zusammenstellung hier folgen und werde dann auf dieselben im speciellen, sofern dieses notwendig erschien, und dann im allgemeinen zurückkommen. Dieselben reichen zurück bis zum 1. Januar 1887 und fassen die Zeit in sich bis zum 1. Oktober 1891.

Nummer.	Name.	Alter.	Auf-genommen.	Entlassen.	Gesund oder nicht? Tot?	Ist Hin vorh de
1	Anna B.	7 Jahr.	7. III. 1887.	12. VI. 1887.	Nein.	Ja.
2	Clara Sch.	6 Jahr.	22. IV. 1887.	23. VI. 1887.	Tot.	–
3	Zachar. B.	16 Jahr.	26. VI. 1887.	27. VIII. 1887.	Gesund.	Nein
4	Margar. N.	3½ Jahr.	3. VII. 1887.	1. VIII. 1887.	Nein.	Ja.
5	Nanette Str.	4 Jahr.	11. VII. 1887.	31. VII. 1887.	Gesund.	Zuw
6	Friedr. Z.	1¼ Jahr.	30. VII. 1887.	28. VIII. 1887.	Gesund.	Ja.
7	Anna Sch.	8 Jahr.	17. I. 1888.	17. II. 1888.	Gesund.	Ja.
8	Anna H.	12 Jahr.	1. III. 1888.	14. V. 1888.	Gesund.	Ja.
9	Andreas T.	7 Jahr.	22. III. 1888.	6. V. 1888.	Gesund.	Nein
10	Carl W.	5½ Jahr.	13. IV. 1888.	10. IX. 1888.	Tot.	–
11	Anna L.	10 Jahr.	12. VI. 1888.	8. VII. 1888.	Nein.	Zuw
12	Anna Kr.	9 Jahr.	1. VIII. 1888.	6. VIII. 1888.	Gesund.	Unbe tend
13	Jean H.	5 Jahr.	17. IX. 1888. 14. I. 1889.	21. IX. 1888. 26. VI. 1889.	Nein.	Ja.
14	Johann L.	12 Jahr.	30. IX. 1888.	21. III. 1889.	Nein.	Ja.
15	August G.	11 Jahr.	9. XII. 1888.	22. III. 1889.	Ziemlich gesund.	Ja.
16	Wolfgang St.	1½ Jahr.	19. II. 1889.	2. VI. 1889.	Nein.	Ja.
17	Sebastian St.	1¼ Jahr.	24. III. 1889.	31. III. 1889.	Nein.	Ja.
18	Johann H.	10 Jahr.	16. IV. 1889.	3. IX. 1889.	Tot.	–
19	Anna B.	13 Jahr.	22. VII. 1889.	2. VIII. 1889.	Gesund.	Ja.
20	Joh. E.	15 Jahr.	1. II. 1890.	20. IV. 1890.	Gesund.	Unbe tend
21	Eva R.	6 Jahr.	13. III. 1890.	29. IV. 1890.	Tot.	–
22	Elisabeth B.	17 Jahr.	13. VII. 1889.	23. II. 1890.	Nein.	Ja.
23	Lorenz M.	3 Jahr.	14. VII. 1890.	9. VIII. 1890.	Gesund.	Ja.
24	Babette Kr.	10 Jahr.	12. VIII. 1890.	26. VIII. 1890.	Gesund.	Ja.
25	Leonhard Br.	12 Jahr.	10. I. 1891.	12. VI. 1891.	Gesund.	Ja.
26	Marie G.	8½ Jahr.	14. IX. 1890.	28. II. 1891.	Gesund.	Nein
27	Conrad F.	2¼ Jahr.	8. II. 1891.	20. II. 1891.	Gesund.	Ja.
28	Nanette W.	5 Jahr.	5. VI. 1891.	31. VII. 1891.	Nein.	Ja.
29	Leonhard Kl.	10 Jahr.	4. VII. 1891.	25. VII. 1891.	Gesund.	Ja.
30	Johann L.	2 Jahr.	9. VII. 1891.	18. VII. 1891.	Nein.	Ja.
31	Johann Str.	3 Jahr.	25. VIII. 1891.	31. VIII. 1891.	Nein.	Ja.

st Eiterung orhanden? us wie viel Öffnungen?	Wie ist im allgemeinen das Gehvermögen?	Bettlägerig?	Schmerzen?	Sonst erkrankt?	Bemerkungen.
n.	Mittelmässig.	Nein.	Zuweilen.	Nein.	—
—	—	—	—	—	Genaue Todesursache nicht mitgeteilt.
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
Aus 6 Öffngen.	Sehr schlecht.	Zeitweise.	Ja.	Ja.	Lupus; Ohreneiterung.
n.	Mittelmässig.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Mittelmässig.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
—	—	—	—	—	Genaue Todesursache nicht mitgeteilt.
Aus mehreren Öffnungen.	Mit Hilfe eines Stockes ziemlich gut.	Zeitweise.	Ja.	Nein.	—
n.	Ziemlich gut.	Nein.	Zuweilen.	Nein.	—
Aus einer fnung.	Mit zwei Krücken.	Nein.	Ja.	Nein.	—
Aus einer fnung.	Mittelmässig.	Nein.	Zuweilen.	Nein.	—
n.	Mittelmässig.	Nein.	Ja.	Nein.	—
n.	Mittelmässig.	Nein.	Ja.	Nein.	—
n.	Ziemlich gut.	Nein.	Ja.	Ja.	Eiterung an der Kniescheibe.
—	—	—	—	—	—
n.	Sehr gut.	Nein.	Nein.	Nein.	-
n.	Sehr gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
—	—	—	—	—	Basilar-Meningitis.
n.	Beschwerlich.	Zeitweise.	Zuweilen.	Nein.	—
n.	Mittelmässig.	Nein.	Ja.	Nein.	-
n.	Mittelmässig.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Mittelmässig.	Nein.	Nein.	Nein.	—
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—
Aus zwei nungen.	Beschwerlich.	Zuweilen.	Nein.	Nein.	—
Aus vier nungen.	Schlecht.	Nein.	Zuweilen.	Nein.	—
Aus einer nung.	Beschwerlich.	Nein.	Nein.	Nein.	—
Aus drei nungen.	Schlecht.	Nein.	Ja.	Nein.	—
n.	Gut.	Nein.	Nein.	Nein.	—

Es sei mir nun gestattet, nachdem ich oben eine statistische Zusammenstellung der mir zu gebote stehenden Fälle gegeben habe, an einzelne, der weiteren Ausführung geeignet erscheinende Fälle an der Hand der mir vorliegenden Krankengeschichten und der eingelaufenen Nachrichten einige erläuternde Bemerkungen anzuknüpfen. Ich bemerke dazu ferner noch, dass über die übergangenen Fälle in den klinischen Journalen nichts zu eruieren war; ich musste mich daher auf die wenigen Mitteilungen beschränken, die mir zugesandt sind; die Resultate sind bereits in die betreffenden Rubriken eingetragen.

Fall Nr. 2.

Clara Sch. kam am 22. April 1887 in die hiesige chirurgische Klinik zur Behandlung. Das Kind war bereits vor etwa einem Jahre, damals wegen Schmerzen im Knie- und Hüftgelenk, bettlägerig gewesen, genas jedoch nach etwa einem halben Jahre wieder, sodass sie das Bett verlassen konnte. Darauf stellten sich nach Verlauf von etwa $1^1/_2$ Monaten erneute heftige Schmerzen ein, welche die Eltern bewogen, am obigen Tage sich in hiesiger Klinik mit dem Kinde vorzustellen. Die Mutter der Patientin ist lungenkrank; eine Schwester lebt, zwei Geschwister sind tot, der Vater ist gesund.

Das Kind wurde nun am 24. April in einen Gips- und Extensionsverband gelegt, der wenige Tage vor seiner Entlassung am 23. Mai noch einmal erneuert wurde. Unterdessen wurde absolute Ruhe und Schonung im allgemeinen als auch im besonderen der erkrankten Seite neben bester körperlicher Pflege beobachtet.

Der Vater teilt mir nun auf meine Anfrage mit, dass das Kind bereits am 8. April 1891, also ca. 3 Jahre nach seiner Entlassung, im Alter von 9 Jahren an „Tuberkulose“ gestorben sei. Eine Eiterung sei nicht vorhanden gewesen, und das Gehvermögen sei nach dem Verbande ziemlich gut wieder hergestellt worden. Jedoch sei bald das alte Leiden wieder aufgetreten, und er habe das Kind in privatklinische Behandlung gegeben. Nach fünfmonatlichem Aufenthalt sei es dann dort gestorben.

Aus diesen Angaben des Vaters lässt sich allerdings nicht ersehen, woran das Kind eigentlich zu grunde gegangen ist. Ob Lungentuberkulose, was noch das Wahrscheinlichere zu sein scheint, die Ursache war, oder ob irgend eine andere interkurrente tuberkulöse Erkrankung, oder ob eine Amyloidentartung irgend eines Organs bei dem chronischen Eiterungsprozess deshalb anzuschuldigen ist, oder ob endlich eine ausgedehnte örtliche Zerstörung des Gelenks und seiner periartikulären Partieen mit allgemeiner Kachexie den letalen Ausgang herbeiführte, ist mir unmöglich gewesen zu ermitteln. Der ungünstige Ausgang dürfte allerdings in bezug auf die coxitische Affektion allein insofern Wunder nehmen, als keine äussere Eiterung bestanden haben soll; ich möchte deshalb wohl mehr an eine der ersteren Todesursachen denken, als an die letztere. Ob nun schliesslich doch ein günstigerer Erfolg und eine längere Lebensdauer für diesen Fall, der doch keineswegs ein so sehr schwerer gewesen zu sein scheint, zu erzielen gewesen wäre, wenn von seiten der Eltern eine grössere Schonung und Ruhe, eine günstigere Ernährung, ein längeres Fortsetzen der Behandlung, als vielleicht dieses alles der Fall war, Aufgaben, welche wegen ihrer oft recht schweren Lösung dem behandelnden Arzte zuweilen fast unüberwindliche Schwierigkeiten bei privater Behandlung bieten, innegehalten und durchgesetzt wäre, dieses ist, wenn auch nicht absolut sicher, so doch jedenfalls einer Überlegung wert.

Fall Nr. 3.

Zacharias L. Die Anamnese ist nicht vorhanden; ebenfalls fehlt der Status praesens. Der Mann teilte mir mit, dass ihm in der Klinik damals gesagt sei, er leide an Hüftgelenkentzündung; er ist hereditär belastet, die Lungen sind gesund. Unter den registralen Eintragungen finde ich bei ihm die Diagnose Coxitis dextra. Dieser Patient stellte sich mir selbst vor und erklärte mir, dass er absolut frei von irgend welchen krankhaften Empfindungen in der Hüfte sei. Er ist damals in einen Pappschienenverband gelegt, der ca. 5 Wochen appliciert blieb. Ich untersuchte die Hüfte und ihre Bewegungsfähigkeit; alles war in normalem Zustande; der betr. Mann ist augenblicklich — Soldat, Beweis genug, dass

dieses ein Fall ist, wo wir einen eklatanten Erfolg mit der exspektativen Behandlung aufzuweisen haben.

Der folgende Fall Nr. 4.

Margarethe N. betrifft ein Kind von $3^1/_2$ Jahren, welches am 3. VII. 1887 in Behandlung kam. Anamnestisch ist wenig Interessantes und Wichtiges zu finden; bemerkenswert ist nur, dass zweifellos ein tuberkulöser Prozess vorlag. Das Kind wurde am 1. August mit einem Gipsverbande in das Elternhaus entlassen, nachdem es vorher in der Klinik mit einem Streckverbande behandelt war. Auf meine Anfrage schreibt mir nun die Mutter, dass es dem Kinde zeitweise gut, dann aber wieder recht schlecht ergehe. Es befinde sich dann äusserst matt und schläfrig. Das erkrankte Bein sei um 7 cm „kürzer". Dazu seien mehrere Fistelgänge vorhanden, teils oberhalb der „Weiche", teils an der hinteren Seite der Hüftgegend, die fortwährend Eiter secernierten. Die Fähigkeit zu gehen sei fast ganz aufgehoben, da dann heftige Schmerzen vorhanden seien und ein Auftreten sehr beschwerlich erscheine. Sonstige Krankheitsprozesse seien mehrfach vorhanden: so eitere seit einem Jahre das eine Ohr beständig und ferner sei ein zunehmender Ausschlag an der Nase aufgetreten.

Dieser Fall bietet insofern Bemerkenswertes, als wir zu ihm anderweitige tuberkulöse Affektionen gesellt finden. Die Ohreneiterung, die vielleicht kaum etwas anderes als eine Caries der knöchernen Teile des Gehörorgans sein dürfte, mit dem um sich greifenden Ausschlag, dessen Sitz und Charakter sicherlich als lupus imponieren muss — beides sind Komplikationen, die auf eine weitere Durchseuchung des Körpers hindeuten. Die Prognose der Ohreneiterung ist sicherlich wegen der Gefahr einer Pyämie, deren Ausgangspunkt eine Phlebitis in dem dort liegenden Sinus transversus werden könnte, oder einer Meningitis eine schlechte. Bemerkenswert ist schliesslich der Umstand noch, dass im Gelenk nachträglich noch eine ziemlich bedeutende Eiterung Platz gegriffen hat, an deren Entstehung allerdings wegen der vielleicht schon allzu bedeutenden Knochenzerstörung die angewandte Behandlung keinen wesentlichen Einfluss mehr haben konnte.

Über den Fall Nr. 8

Anna H. finde ich folgendes: Das Kind giebt an, vor einem halben Jahre habe es allmählich zu hinken angefangen, ohne dass irgendwo Schmerzen aufgetreten seien; nach und nach nahm jedoch die Beschwerlichkeit des Gehens zu und mit ihr stellten sich nun heftige Schmerzen ein, welche die Eltern veranlassten, mit dem Kinde die Klinik aufzusuchen. Es bestand damals

(Status praesens) eine Adduktionskontraktur im linken Hüftgelenk.

Am 2. III. wurde ein Gipsverband in corrigierter Stellung angelegt, der am 8. V. entfernt wurde. Hierbei fand sich dann eine ganz entschiedene Besserung; jedoch war links noch eine geringe Plattfussstellung vorhanden. Am 14. V. ward das Kind entlassen, über dessen ferneres Ergehen ich folgendes anknüpfe.

Die Patientin ist jetzt im allgemeinen gesund, jedoch ist noch ein geringes Hinken vorhanden; Eiterungen sind auch später nicht aufgetreten; im übrigen ist dem Kinde das Gehen mit dem lahmen Beine ziemlich gut möglich. Sonstige Erkrankungen, wie im vorigen Falle, sind nicht vorhanden.

Was nun hierbei den Wert der exspektativen Behandlungsmethode anbetrifft, so ist ohne Zweifel festzustellen, dass hierbei eine Besserung, zum mindesten aber ein Stillstand und eine Hemmung des Krankheitsprozesses eingetreten ist, ein Erfolg, der bei der schweren Erkrankung und ihren Komplikationen von gewiss nicht zu unterschätzendem Werte sein dürfte.

Fall Nr. 9.

Andreas T. weist ebenfalls keine Anamnese und Status praesens auf. Da das Kind in der Nähe beheimatet ist, habe ich es selbst aufgesucht und fand zu meinem Erstaunen den früher laut Journal 1887 mit Coxitis dextra aufgenommenen Knaben im Freien herumtummeln; die Eltern erzählten mir, dass ihnen in der Klinik mitgeteilt sei, dass das Kind an Hüftgelenkentzündung leide. Der Knabe befand sich sehr wohl und zeigte nicht mehr die leisesten Spuren seiner früheren Erkrankung. (Vergl. Fall Nr. 3.)

Fall Nr. 10.

Carl W., ein Knabe von $5^1/_2$ Jahren, wurde am 13. IV. aufgenommen.

Status praesens: Das linke Hüftgelenk steht gebeugt in einem Winkel von 45°; das Bein ist abduciert. Die Gegend um das Gelenk herum, besonders an der vorderen Seite, ist ziemlich stark geschwollen; die Schwellung erstreckt sich bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels; die Konsistenz der Schwellung ist derb; keine Fluktuation. In der Schenkelbeuge mittelstarke Lymphdrüsenvergrösserung; keine Schmerzhaftigkeit der Anschwellung. Die aktiven Bewegungen sind völlig unmöglich; der Gang stark hinkend; passive nur in geringem Grade auszuführen und sehr schmerzhaft.

14. IV. Immobilisierender Pappschienen-Verband. Der Zustand des Kranken bessert sich zusehends, der des Gelenks ist derselbe; Pat. nimmt zu an Aussehen und Gewicht. 9. VII. Entlassung.

Nachdem das Kind dann etwa 14 Tage zu Hause gewesen war, verschlimmerte sich der Zustand wieder wesentlich, sodass eine Wiederaufnahme am 19. VII. stattfand.

Status praesens: Die Stellung des Hüftgelenks war dieselbe; die Schwellung war fortgeschritten; ausserdem deutliche Fluktuation nachweisbar.

Es war also nach der Entlassung und bei sicherlich viel schlechterer häuslicher Allgemeinbehandlung wiederum ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses eingetreten, der es schon nach ca. 3 Wochen erheischte, das Kind wiederum in Behandlung zu geben. Dass ein Erfolg im Anfang zu konstatieren war, geht aus dem oben Angeführten hervor. Der Patient wurde am 25. VII. in der Narcose operiert, indem sowohl der Femurkopf reseciert als auch der Abscess ausgeräumt wurde, unter gleichzeitiger Exstirpation der Synovialis. Am 10. IX. erfolgte, trotzdem der Zustand des Kindes und derjenige der Wunde kein besonders guter war, die Entlassung auf Wunsch der Eltern, welche mir die Mitteilung machten, dass das Kind am 30. Dez. desselben Jahres verstorben sei. Bezüglich der wahrscheinlichen Todesursache ver-

weise ich wiederum auf Fall Nr. 2, doch scheint mir hier der dort zuletzt angeführte Grund noch der wahrscheinlichere zu sein.

Fall Nr. 11.

Anna L. hat vor 3 Jahren gemerkt, dass sie mit dem rechten Bein zu hinken anfange; Schmerzen waren fast nie vorhanden. Sie wurde in einen „Streckverband“ gelegt und kam darauf in die hiesige Klinik, wo sofort ein neuer Gips- und Wasserglasverband appliciert wurde. Darauf Entlassung, nachdem Besserung eingetreten war. Bald traten jedoch neue heftige Schmerzen auf; daneben bildete sich ein fistulöser Gang in der Inguinalgegend. Wiederaufnahme am 12. VI.

Status praesens. Das rechte Hüftgelenk ist kontrahiert und ziemlich stark gebeugt (etwa 60°); das Bein ist adduciert. Beugungsversuche sind sehr schmerzhaft.

Am 14. VI. wird ein Gipsverband mit Kontraextension angelegt, worauf am 8. VII. die Entlassung mit der Weisung erfolgte, den Verband noch längere Zeit liegen zu lassen.

Inwieweit nun diesem therapeutischen Ratschlage Folge geleistet worden ist, liegt ausserhalb meiner Beurteilung; jedenfalls bekam das Kind im März 1890 nach den Mitteilungen des Vaters einen „kalten Abscess“ in der Schenkelbeuge, der schliesslich „oberhalb des Knies“ geöffnet wurde, nach Verlauf von wenig Zeit bildete sich in der „Nähe des Hüftknochens“ eine „Entzündung mit einer Anschwellung“ — jedenfalls ein zweiter nach aussen durchbrechender Abscess —, der dann incidiert wurde; es entleerte sich sehr viel Eiter. Da aber die heftigen Schmerzen nicht cessierten, wurde das Kind von einem Privatarzte operiert, der den Gelenkkopf resecierte und die Gelenkpfanne säuberte. Darauf wurde eine antiseptische Wundbehandlung mit Carbolausspülungen angewandt, die etwas Besserung herbeiführte. Jedoch brach bald in der „Weiche“ eine neue Eiterung sich Bahn, die ebenfalls eröffnet wurde. Einige Sequester kamen dabei mit zu tage.

Das Befinden des Kindes ist augenblicklich ziemlich schlecht. Das Bein ist stark verkürzt, und es dürfte wohl kein Zweifel sein, dass auch die Beckenknochen bereits stark von dem tuberkulösen Prozess ergriffen sind,

zumal kleine Knochenteile durch den Eiterkanal zum Vorschein gekommen sind. Diese Thatsache verdient insofern Beachtung, als bereits eine Resektion des Femurkopfes und eine Auskratzung der Pfanne voraufgegangen waren. Bei dem schwerkranken Zustande des Kindes wird man ferner in Berücksichtigung ziehen müssen, dass wohl das Gehen völlig aufgehoben war, und bei der Bettlägerigkeit eine Schonung der erkrankten Seite sich von selbst ergab. Dass trotzdem die Eiterung so hartnäckig fortdauerte, dass nach der Incision und Ausräumung der fortschreitende Prozess wahrscheinlich auch auf das Becken übergegangen ist, erklärt sich wohl einerseits aus der Hartnäckigkeit derartiger Knochen- und Gelenkseiterungen überhaupt, als auch aus dem Umstande, dass das Kind viel zu spät in Behandlung kam.

Einen völligen Gegensatz zu diesem Fall bildet der folgende

Fall Nr. 12.

Anna Kr. Dieses Kind kam am 1. VIII. desselben Jahres wegen heftiger Hüftgelenkschmerzen und völliger Unfähigkeit zu gehen in die hiesige Klinik. Das Bein ist (Status praesens) stark abduciert, ferner ziemlich stark gebeugt und nach innen rotiert. Die Anamnese ergiebt allmählichen Anfang der Symptome und zweifellos die echte Coxitis.

Am 2. VIII. wird ein Extensionsverband angelegt; letzterer bleibt bis zum 8. VIII. liegen, da an diesem Tage das Kind von den Eltern zurückgeholt wird. Der Extensionsverband wird zu Hause wieder angelegt. Nach dieser Zeit ist es dem Kinde im grossen und ganzen ziemlich gut ergangen. Der Verband wurde nach einiger Zeit entfernt, doch bildete sich gegen Oktober ein Fistelgang in der Inguinalgegend, der aber bald von selbst verheilte. Hinken ist nur unbedeutend vorhanden, Eiterung ist augenblicklich (nach 4 Jahren) nicht vorhanden; Schmerzen fehlen und das sonstige Allgemeinbefinden ist entsprechend gut. Ich möchte nun der Ansicht sein, dass in diesem Falle erstlich der Umstand von grösstem Vorteil gewesen ist, dass das Kind anscheinend bald in Behandlung gegeben wurde und zweitens, wie sich wohl schliessen lässt, eine genaue Befolgung der mitgegebenen Verhaltungsmassregeln von seiten der Eltern inne gehalten wurde.

Fall Nr. 13.

Jean H. wird zum erstenmale am 17. IX. 1888 untersucht. Der rechte Oberschenkel steht fast in einem rechten Winkel flectiert, ist leicht adduciert und stark nach aussen rotiert. Aktive und passive Bewegungen unmöglich; starke Schmerzen bei Bewegungsversuchen. Hinten etwas unterhalb des Trochanter ein etwa taubeneigrosser Abscess.

Lungen normal.

Der Abscess wird eröffnet und darauf ein antiseptischer Verband angelegt. Am 21. IX. erfolgt die Entlassung.

Am 13. XI. wegen etwas eitrigen Ausflusses aus der alten Operationswunde Wiederaufnahme. Antiseptische Ausspülungen und Verband. Darauf am 21. XI. Entlassung.

Am 14. I. 1889 wird der Patient wieder aufgenommen. Rechtes Hüftgelenk stark gebeugt (fast ein rechter Winkel) und etwas adduciert; zwei eiternde Fistelgänge in der Trochantergegend. Die Bewegungen sind sehr schmerzhaft, der Allgemeinzustand ist ziemlich schlecht.

Am 19. I. wird der Patient operiert. Der Femurkopf wird abgesägt, die granulierende Synovialis exstirpiert, die Pfanne tief ausgekratzt, ebenso die Fistelgänge, und dann wird ein Jodoformtampon und ein antiseptischer Verband ein- und angelegt.

Am 22. I. Verbandwechsel. Der Tampon wird entfernt, die Wunde ist reaktionslos, ein neuer Tampon wird eingelegt; Verband wie vorher.

Am 17. II. Pneumonie des rechten Unterlappens.

22. II. R. H. U. kleinblasiges Rasseln; Besserung. Beim nächsten Verbandwechsel zeigt sich die Wunde ganz geschlossen; aus den Gängen zu beiden Seiten mässige Eiterung. Verband wie oben.

8. IV. Patient hat sich erholt; die Fistelgänge haben sich in der Tiefe geschlossen; es sind meistens noch oberflächlich granulierende Wunden da. Verband wie oben.

26. VI. Patient hat sich sehr erholt; Kräftezustand bedeutend gehoben. Aussehen der Fistelgänge recht günstig. Entlassung.

Der Vater teilt mir nun mit, dass das Kind sich jetzt in ziemlich schlechtem Gesundheitszustande befinde. Dasselbe hinke, und eine Eiterung sei noch aus einer Wunde vorhanden. Eine Fortbewegung sei nur mit zwei Krücken möglich. Bettlägerig sei es nicht.

Dieser Fall bot mir manches Wichtige. Zunächst ist bei dem Kinde, trotzdem vorher die eitrige Ansammlung durch eine Incision chirurgisch und antiseptisch behandelt war, bereits nach drei Wochen zum ersten Male ein Recidiv aufgetreten. Die alte Wunde beginnt von neuem zu eitern, eine neue Aufnahme wird nötig; der Patient scheint nach antiseptischer Behandlung eine Zeitlang frei zu sein, bis nach etwa einem Vierteljahre der Prozess von neuem so weit fortgeschritten ist, dass eine Resektion und Ausräumung notwendig erscheint. Ausgiebig wird alles Krankhafte und Granulierende entfernt, die antiseptische Wundbehandlung muss ihre Dienste leisten, die Wunde heilt langsam; aber der jetzige Zustand des Kindes trübt die Prognose auf das äusserste. Erneute Eiterung aus einer Öffnung, fast unmögliches, selbständiges Gehen, dazu ziemlich schlechtes Allgemeinbefinden. — Es ist hier zu konstatieren, dass selbst nicht die Radikaloperation dem Prozess Einhalt thun konnte, sei es nun, dass noch manches Krankhafte und makroskopisch Unsichtbare nicht völlig hatte beseitigt werden können, oder sei es, dass bei der schlechten Prognose, welche die Hüftgelenkentzündung überhaupt hat, das Recidiv sich hieraus erklärt. Vergleichsweise mit der exspektativen Methode wäre noch anzuführen, dass hier ebenso wenig erreicht ist, als in den Fällen, wo die unblutige Therapie verfolgt wurde.

Fall Nr. 15.

August G. hatte Weihnachten 1887 geringe Schmerzen in der Hüftgegend. Im Anfang war etwas Hinken vorhanden, welches jedoch das Kind nicht hinderte, bis März 1888 die Schule zu besuchen. Dann war ein Stock als Stütze nötig, da sich die Schmerzen mehrten. Eltern und Geschwister sind gesund.

Status praesens. Das rechte Bein des etwas abgemagerten Knaben steht fast in rechtwinkliger Stellung, es ist leicht abduciert und etwas nach aussen rotiert. Bei Rotationsversuchen treten heftige Schmerzen auf;

das Becken folgt den Bewegungen. Es wird ein Extensionsverband angelegt, der am 18. I. abgenommen wird; dann Anlegung eines Pappschienenverbandes.

Am 22. III. erfolgt die Entlassung mit einem neuen Verbande.

Jetzt ist das Kind im allgemeinen gesund. Das Hinken ist geblieben. Dazu hat sich vor einem Jahre ein Fistelgang gebildet. Das Gehvermögen überhaupt ist etwas verschlechtert, doch braucht das Kind nicht im Bette zu liegen. Sonstige Krankheiten sind nicht vorhanden.

Auch in diesem Falle ist der Erfolg kein gerade guter; ich muss vielmehr der Ansicht sein, dass die exspektative Behandlung hier ohne wesentlichen Einfluss gewesen ist, da sich dennoch vor einem Jahre (also nach 2 Jahren) ein Fistelgang gebildet hat. Das Kind befindet sich also jetzt in einem Zustande, der die Vermutung nahe legt, dass der Prozess mit seinem Weiterschreiten bald eine erneute Behandlung, vielleicht gar die Operation, erforderlich macht.

Über den Fall Nr. 16,

Wolfgang St., finde ich folgende Aufzeichnungen:

Der Vater starb an Phthise, die Mutter lebt und ist gesund, ebenso die Geschwister.

Status praesens: Gut genährtes Kind, dessen rechtes Hüftgelenk in mässiger Beuge steht. Adduktionsstellung und Rotation nach aussen.

Am 17. III. wird das Kind in ein Stehbett gelegt und am 2. VI. entlassen.

Der jetzige Gesundheitszustand ist folgender:

Das Kind ist gesund, hinkt jedoch noch etwas, ohne dass eine Eiterung vorhanden wäre. Obwohl das Kind auf dem kranken Bein sich fortbewegen kann, geschieht dieses jedoch unter ziemlich bedeutenden Schmerzen. Bettlägerig ist das Kind nicht; sonstige Krankheiten sind nicht vorhanden.

Der Erfolg dieses Falles ist insofern günstig, als das Gehvermögen und das Allgemeinbefinden nicht verschlechtert sind. Das Hinken hat allerdings nicht aufgehört, wenn auch keine Eiterung aufgetreten ist; ob wir letzteren Erfolg der Behandlung zuschreiben können,

oder ob dieselbe überhaupt nie zum Vorschein gekommen wäre, vermag ich nicht zu entscheiden. Anscheinend ist der Prozess zum Stillstand und zur Ausheilung gekommen.

Fall Nr. 17. Sebastian St.

Status praesens. Kleines Kind mit rechtsseitiger Coxitis.

Therapie: Stehbett.

Der jetzige Gesundheitszustand ist kein gerade schlechter. Das Kind scheint zwar nicht geheilt zu sein, aber trotz des Hinkens sind weder Schmerzen noch augenscheinliche Eiterungen vorhanden, noch ist die Fähigkeit des Gehens im allgemeinen eine schlechte. Das Kind kann sich den Verhältnissen entsprechend vorwärts bewegen, im übrigen ganz gesund und nicht bettlägerig.

Bei diesem Fall war mir das besonders bemerkenswert, dass das Kind zu jener Zeit, wo es in Behandlung kam, erst elf Wochen alt war, also damals von stärkeren Anstrengungen und Bewegungen hier und bei dem vorigen $1^1/_2$jährigen Kinde keine Rede sein kann. Ich möchte bei der sonstigen Ähnlichkeit der beiden Fälle gerade dieses besonders hervorheben, denn es will mir scheinen, als ob bei den Kindern, die bereits die Beine bei den anfänglichen Gehversuchen, selbst da, wo dieselben bei dem latenten Anfang noch ohne die geringsten Empfindungen im Gelenk möglich waren, in höherem Grade angestrengt haben, die Prognose in bezug auf die Erhaltung des Gehvermögens eine wesentlich bessere ist und parallel geht auch in dieser Beziehung mit der möglichst frühzeitigen Inangriffnahme der Behandlung.

Der folgende Fall Nr. 18,

Johann H., bot ebenfalls wieder viel Interessantes.

Das Kind ist 10 Jahre alt und erkrankte 1886 mit Schmerzen in der linken Hüfte; diese und der Oberschenkel waren etwas angeschwollen; starke Schmerzen traten allmählich auf, die namentlich nachts oft sehr heftig wurden. Anfänglich war das Gehen mit einem Stock noch möglich, später jedoch nur noch auf Krücken. Nach einem halben Jahre bildete sich eine Fistel in der Hüfte; aus ihr entleerte sich wenig Eiter und „wässrige Flüssigkeit“. Seitdem ist diese nicht wieder geschlossen.

Ende April 1888 brach der Eiter an einer zweiten Stelle durch, worauf vom Arzte eine Salbenbehandlung angeordnet wurde. Der Patient schwitzt nachts ziemlich stark; dazu ist Husten vorhanden. Die Lungen erscheinen suspekt. Die Mutter starb an Erysipel, die Stiefmutter an Phthise; der Vater lebt und ist gesund, ebenso fünf Geschwister.

Status praesens. Ziemlich elend aussehendes Kind; linkes Hüftgelenk fast rechtwinklich gebeugt, stark adduciert. Die Gegend des linken Hüftgelenks, speciell um den Trochanter, stark geschwollen. Über der Spitze und nach vorn unten vom Trochanter je ein Fistelgang, daneben einige eingezogene Hautwunden. Starke Ödeme um den Trochanter; er selbst stark verdickt fühlbar.

Aktive und passive Bewegungen sind unmöglich; Versuche rufen starke Schmerzhaftigkeit hervor.

17. V. Unter Narkose Resektionsschnitt nach Langenbeck, Eröffnung der Gelenkkapsel; der Gelenkkopf ist fast völlig cariös zerstört; er ist verkleinert. Es erfolgt Abtrennung am Schenkelhals; die Pfanne ist ebenfalls zerstört und teilweise perforiert. Die Kapsel ist stark fungös entartet, sodass eine gründliche Auskratzung am Platze ist; die Fistelgänge werden gespalten. Es findet sich eine Communikation mit der Beckenhöhle. — Naht, Jodoformtampon und antiseptischer Verband.

19. V. Wegnahme des Verbandkissens; der Tampon bleibt noch liegen.

20. V. Am Oberschenkel ein stark eitriges Eczem (Thymolkrystalle); aus der Wunde secerniert eine seröseitrige Flüssigkeit. Alle zwei Tage Verbandwechsel wegen des Eczems. Die Eiterung blieb ziemlich bedeutend. Das Hüftgelenk befindet sich in mässiger Beuge und Abduktionsstellung. Das Allgemeinbefinden ist mittelmässig.

Am 3. IX. erfolgt die Entlassung.

Dieses Kind starb am 12. März 1892. Die Eiterung nahm zu, und es bildeten sich vier neue Fistelgänge. Dabei befand sich der Patient fortwährend in ärztlicher Behandlung. Im März 1892 gesellte sich eine Brustfellentzündung hinzu, woran das Kind erlag. Jedenfalls dürfte eine Pleuritis darnach die unmittelbare Todesursache gewesen sein.

Ich habe diesen Fall einmal vergleichsweise hier eingeschoben, trotzdem eine eigentliche exspektative Behandlung nicht in Anwendung kam. Aber um auch einmal das Bild und die Beobachtung nach dieser Seite hin zu vervollständigen, glaubte ich diesen Fall nicht streichen zu dürfen. Er hat viel gemeinsam mit Nr. 13; beide Fälle zeigen trotz der Operation einen ungünstigen Verlauf. Dieser Patient bekommt bald nach der Operation vier neue Eitergänge; der Prozess schreitet fort, das Allgemeinbefinden besserte sich nicht. Dieser Patient erlag einer interkurrenten Erkrankung, vielleicht auch tuberkulöser Natur, bei jenem ist die Prognose quoad vitam ebenfalls eine infauste. Der eigentliche Erfolg steht in beiden auf derselben Stufe.

Der nachfolgende Fall Nr. 20,

Joh. E., hat zur Anamnese, dass der Patient im Winter 1888 gefallen ist. Es stellten sich nach und nach im Knie Schmerzen ein, die die Eltern nötigten, das Kind in die Klinik aufnehmen zu lassen. Dasselbe war 10 Tage in Behandlung und wurde dann entlassen; die Behandlung bestand in Anlegung eines Streckverbandes. Vor etwa 4 Wochen stellten sich jedoch wieder neue Schmerzen im Knie ein, worauf das Kind jetzt wiederum in Behandlung kam.

Status praesens. Starke Beugekontraktur; Adduktionsstellung. Rotationsbewegungen sehr schmerzhaft; aktive und passive Bewegungen sind unmöglich; das Becken folgt den Bewegungen.

7. II. Extensionsverband, der 4 Wochen liegen bleibt, aber ohne wesentlichen Effekt ist; Adduktionsstellung unverändert.

19. III. Gipshose in stark abducierter Stellung.

29. III. Abnahme; der Patient lernt rasch gut gehen; es sind keine Schmerzen mehr vorhanden. Der Patient wird am 6. IV. entlassen.

Derselbe ist gesund; geringes Hinken ist allerdings noch vorhanden, dagegen keine Eiterung; das Gehvermögen im allgemeinen „sehr gut“. Patient ist Metzger geworden und verrichtet täglich ohne Beschwerden und ungestört seine Arbeit. Das Allgemeinbefinden ist „sehr gut“.

Dieser Fall ist endlich einmal ein fast rein positiver Erfolg. Wir sehen eine zweifellose Hüftgelenk-

entzündung; der Patient hat starke Schmerzen bei den geringsten Bewegungen; als Therapie wendet man den Extensionsverband an, und der Erfolg ist derartig, dass er alle anderen letzten Fälle weit übertrifft. Einen Grund dafür zu finden, ist mir nicht schwer geworden, wenn er sich auch nur auf die Vermutung stützt; ich denke natürlich wieder an den Vorteil der früh- und rechtzeitigen Inangriffnahme der Behandlung; ich verweise auf ähnliche vorhergehende Fälle und auf das, was ich im allgemeinen über die exspektative Behandlungsmethode und ihre Erfordernisse bereits gesagt habe.

Der Fall Nr. 21.

Eva R. kam mit starker Beugung im rechten Hüftgelenk in die Klinik. Die Adduktion war ziemlich stark und beträchtliche Innenrotation ebenfalls vorhanden. Passive Bewegungen sind sehr schmerzhaft; eine Eiterung ist nicht nachweisbar.

16. III. Narkose; bei dem Versuch, die Contraktur zu heben, löst sich der Kopf aus der Pfanne und lässt sich auf und ab schieben. Fixation mit doppelter Gipshose in stark abducierter Stellung.

20. IV. tritt beiderseitige Ophthalmie auf, weshalb die Patientin mit neuer Gipshose in die Augenklinik transferiert wird.

Der Vater teilt mir nun mit, dass das Kind am 2. Juni 1890 noch einmal „verbunden“ wurde. Bald darauf trat eine „Lungen- und Hirnhautentzündung“ auf, woran das Kind am 22. Juni 1890 erlag.

Leider liegen mir über den eigentlichen interkurrenten, auch wohl zweifellos tuberkulösen Prozess keine weiteren Angaben vor. Jedenfalls wird jedoch die Ätiologie der Coxitis durch einen wesentlichen Faktor, der Hirnhautentzündung, unterstützt. Dass nun bei der scheinbar fast allgemeinen Durchseuchung mit den Tuberkelbacillen der einmal begonnene Prozess völlig sollte ausgeheilt sein, möchte ich in Zweifel ziehen. Ob die „Lungenentzündung“ eine echte Phthise war, kann ich auch nicht entscheiden, möchte es jedoch bei der fast stetigen Beteiligung der Lungen bei sonstigen tuberkulösen Prozessen als sehr wahrscheinlich hinstellen. Dann wäre auch denkbar, dass eine Reinfektion des vielleicht durch die Behandlung geheilten Prozesses von diesen

Organen aus immer wieder nicht zu den Unmöglichkeiten gehören könnte, und damit würde die Prognose von vornherein wesentlich verschlechtert sein.

Fall Nr. 24.

Babette Kr. hat gesunde Eltern und Geschwister. Vor einem Jahre traten heftige Schmerzen in der Hüfte und im Knie auf. Durch einen Privatarzt wurde ein Gipsverband angelegt, der $^1/_4$ Jahr lang liegen blieb. Die Schmerzen waren nach wie vor vorhanden.

Status praesens. Rechtsseitige Hüftgelenkentzündung; Beugekontraktur; Adduktionsstellung.

Therapie. Gipsverband und Extension.

Dieses Kind ist jetzt im allgemeinen gesund. Das Hinken ist nicht verschwunden, jedoch keine Eiterung vorhanden. Auf Anordnung wurde in den Stiefel eine Korkunterlage gebracht, sodass das Gehvermögen gebessert wurde. Sonstige Erkrankungen sind nicht aufgetreten. Eine weitere Besprechung dieses ähnlichen Beispielen gleichenden Falles übergehe ich und verweise auf die betreffenden speziellen und allgemeinen Bemerkungen.

Fall Nr. 25.

Marie G. bekam am 7. IX. Schmerzen im Knie beim Laufen; am folgenden Tage war das Gehen ganz unmöglich; dazu kamen heftige Schmerzen in der Hüfte, die allmählich zunahmen.

Am 13. IV. trat geringe Besserung ein; auf Rat eines Arztes wurde das Kind dann hierher gebracht. Eltern und Geschwister angeblich gesund.

Status praesens. Abgemagertes, elend aussehendes Kind. Das rechte Hüftgelenk steht in starker Beugekontraktur; dazu ist Abduktionsstellung vorhanden; aktive und passive Bewegungen sind sehr schmerzhaft. In Narkose wird ein Ausgleich der abnormen Stellung vorgenommen und ein Extensionsverband mit einer Gipshose angelegt.

20. IV. 91. Abnahme; die Abduktion ist beseitigt; es besteht noch eine mässige Beugekontraktur; jedoch sind die Schmerzen völlig verschwunden.

25. IX. wird das Kind mit einem neuen Verbande auf Wunsch der Eltern entlassen. Seitdem ist das Kind

gesund; es hinkt nicht, auch fehlt jede Eiterung, und dasselbe kann „sehr gut“ mit dem kranken Beine gehen. Das sonstige Befinden ist gut und ohne irgend welche krankhafte Störung.

Hier hat wiederum die exspektative Behandlung einen Erfolg zu verzeichnen, der ein ausgezeichneter ist und dessen Bedingung in der frühzeitigen Behandlung liegt. Ich möchte der Überzeugung sein, wenn auch alle bisherigen Fälle absolut schlecht verlaufen wären, und wir ein einziges, derartiges Resultat hätten, dass ein solcher Erfolg genug überzeugend wäre, von dieser anscheinend oft ungewissen Art, durch welche die Geduld und Ausdauer beider Seiten oft hart auf die Probe gestellt wird, nur dann abzugehen, wenn die absolutesten Indikationen für die Operation vorliegen, welche allerdings auch noch oft, wie ich selbst gezeigt habe, mit ihren Erfolgen die Hoffnungen des Operateurs vernichten kann.

Fall Nr. 22.

Elis. B., 17 Jahr, hat gesunde Eltern und fünf gesunde Geschwister. In ihrem 12. Jahre bekam sie Schmerzen in der rechten Hüfte; dabei stellte sich heftiges Stechen ein, welches aber nur das Gelenk betraf. Darauf war sie zwei Jahre schmerzfrei, bis der Zustand im Mai 1890 sich bedeutend wieder verschlimmerte. Die Patientin, welche vorher etwas gehinkt hatte, aber trotzdem sich ziemlich gut vorwärts bewegen konnte, konsultierte dann einen Arzt, welcher Jodpinselungen verordnete, die aber ohne Erfolg blieben.

Status praesens. Mageres, blasses Mädchen; im Hüftgelenk eine starke Beugekontraktur; starke Adduktion; geringe Rotation möglich; aktive Bewegungen unmöglich; bei passiven, welche sehr schmerzhaft sind, geht das Becken mit. Ein Abscess scheint nicht vorhanden zu sein. Die Lungen sind frei.

Es wird ein Extensionsverband mit Gegenzug links angelegt.

9. VIII. Abnahme desselben. Die Adduktionskontraktur hat sich entschieden gebessert, auch ist die Beugung geringer geworden; gleichwohl sind noch Schmerzen vorhanden. Es wird ein immobilisierender Pappschienenverband angelegt.

23. IX. Aussehen und Allgemeinbefinden besser. Abnahme des Verbandes; die Schmerzhaftigkeit hat abgenommen; Extensionsverband wie früher.

15. X. Abnahme dieses. In Narkose werden 90 cbcm Jodoformöl (1,0 Jodoform) injiciert (vom Trochanter aus). Nach der Injektion keine Zunahme der Beschwerden. Die Kontrakturen haben sich gebessert.

18. X. Gipsverband.

20. X. Beginn mit Kochschen Injektionen.

28. X. Abnahme des Verbandes. Die Schmerzhaftigkeit ist noch vorhanden. Die Patientin verträgt 4 Injektionen ohne besonders schwere Allgemeinerscheinungen; zuweilen hohe Temperaturen, nie Erbrechen oder Kopfschmerzen. Die Beschaffenheit des erkrankten Gelenkes bleibt bis zum Dezember dieselbe. Im Januar darauf viel weniger Schmerzen; die Stellung des Beines ist unverändert.

22. II. Die Patientin hat sich sehr erholt und wird mit einem Verbande entlassen. Die Hüfte ist unverändert.

Das Mädchen ist jetzt im allgemeinen gesund, jedoch treten noch zeitweise wieder heftige Schmerzen auf. Das erkrankte Bein ist um ca. 2—3 cm „verkürzt“ und beständig geschwollen. Die Patientin muss das Zimmer hüten, ohne jedoch bettlägerig zu sein; bei günstigem Wetter geht sie 200—300 m täglich langsam spazieren; es treten darnach aber fast immer Schmerzen in der erkrankten Gegend auf.

Dieser mir sehr interessante Fall hat neben anderen Eigentümlichkeiten noch diejenige, dass die Patientin mit Tuberculin behandelt wurde. Die mir vorliegende Temperaturkurve zeigt die bekannten Temperaturerhöhungen nach den Injektionen, meistens bis 40,6 °, jedoch blieb diese Therapie auf den lokalen Prozess anscheinend ohne jegliche Wirkung.

Der Erfolg nach der angewandten Behandlung ist gewiss insofern ein guter, als die Schmerzen fast ganz geschwunden sind oder nur noch ganz anfallsweise hie und da auftreten; die Kontrakturen sind allerdings geblieben; das Allgemeinbefinden ist gebessert; ob der Prozess weiter schreiten wird, liegt allerdings der Wahrscheinlichkeit ziemlich nahe, wenn man berücksichtigt,

dass nach der Entlassung zu Hause eine relative Verschlechterung an dem Gelenk eingetreten zu sein scheint.

Fall Nr. 26.

Leonhard Br. war früher stets gesund, bekam aber Ende November 1890 Schmerzen im linken Hüftgelenk, sodass ihm das Gehen kaum noch möglich war. Am 3. Dezember musste er ins Bett, da der Zustand sich schnell verschlimmerte. Nach 14 Tagen legte der consultierte Arzt einen Streckverband an mit gleichzeitigen Eisumschlägen. Trotzdem nahmen die Schwellung und die Schmerzen zu.

Das Kind ist hereditär belastet.

Status praesens. Im rechten Hüftgelenk findet sich eine ziemlich starke Beugekontraktur; das Bein ist nach innen rotiert und leicht adduciert. Auf Druck ist die Hüftgegend stark empfindlich; aktive Bewegungen unmöglich; die passiven sind schmerzhaft; eine Abscedierung scheint vorzuliegen.

17. I. Punktion. Ausspülung mit Borsäure; Jodoformemulsion; Pappschienenverband.

19. I. Eröffnung des Abscesses; Injektionen mit Tuberculin; nach Heilung der Wunde wird ein Streckverband angelegt.

Scheinbare Abnahme der Schmerzen nach den Injektionen mit Kochin; besonders ausgeprägter Einfluss absolut nicht vorhanden. Extensionsverband.

4. V. An diesem Tage bekommt das Kind die Masern, weshalb es bis zum 25. V. der inneren Klinik überwiesen wird. Bei der Rückkehr ist das Bein ganz gestreckt und keine Schmerzhaftigkeit mehr vorhanden.

12. VI. Entlassung; der Patient kann gut gehen.

Aus den Mitteilungen des Vaters ersehe ich nun, dass das Kind jetzt im allgemeinen gesund ist; es hinkt allerdings wieder, jedoch ist keine Eiterung vorhanden, und die Fähigkeit zu gehen nimmt von Tag zu Tage ab, sodass der Erfolg auch bei diesem Fall, auf welchen das Tuberculin auch ohne jeden Einfluss blieb, sich täglich wieder verschlechtert und deshalb ein baldiges Recidiv nicht auszuschliessen ist.

Fall Nr. 27.

Conrad F. Über Beginn und Heredität ist wegen des jugendlichen Alters des Patienten nichts zu eruieren.

Status praesens. Ein mageres und bleiches, 2jähriges Kind. Das linke Hüftgelenk steht in mässiger Beuge- und Adduktionskontraktur. Das Kniegelenk scheint schmerzhaft zu sein; bei Bewegungen in der Hüfte scheinen heftige Schmerzen erregt zu werden. Fluktuation scheinbar vorhanden.

12. II. Punktion des Gelenks. Borsäureausspülung; Jodoforminjektionen; Pappschienenverband.

24. II. Dasselbe.

12. III. Dasselbe. Die Abscesshöhle ist scheinbar geschlossen; das Gelenk ist beweglich und schmerzt sehr.

20. III. Entlassung mit einem Pappschienenverband.

Augenblicklich ist das Kind nun nicht gesund. Es hinkt sehr stark und eine grosse Eiterung hat sich wieder eingestellt. Ein grosser Fistelgang ist vorhanden an stelle des alten Punktionskanals, aus welchem fortwährend Eiter secerniert wird. Dazu sind starke Schmerzen vorhanden, die das Aussehen des Patienten sehr verschlechtert haben.

Die Prognose ist hier ohne Zweifel schlecht; der Prozess ist auch hier wieder recidiviert und der jetzige Zustand des Gelenks ist ein derartig krankhafter trotz anfänglicher günstiger Resultate nach der klinischen Behandlung, dass eine exspektative Therapie wohl kaum noch in Frage kommt. Ob es eine chirurgische noch kann, bleibt bei dem kachektischen Zustande des Kindes unentschieden.

Fall Nr. 28.

Nanette W. Kind von fünf Jahren. Die Anamnese fehlt, weil zu jung.

Status praesens. Gut genährtes, kräftiges Kind. Im rechten Hüftgelenk eine starke Beugekontraktur; es scheint starke Schmerzhaftigkeit vorzuliegen. Lungen frei.

In Narkose Beseitigung der Kontraktur; Pappschienenverband.

31. VII. Schmerzhaftigkeit verschwunden. Patient wird mit einem immobilisierenden Verband entlassen.

So günstig die damaligen Notizen lauten, so traurige Nachrichten liegen mir jetzt vor. Das Kind ist weiter im Hüftgelenk schwer erkrankt. Es hinkt stark, und es haben sich vier Fistelgänge gebildet. Ohne Unterstützung sind keine Fortbewegungen auszuführen; das Kind ist meistens bettlägerig und hat ziemlich heftige Schmerzen in dem erkrankten Gelenk.

Die Prognose quoad valetudinem ist mindestens schlecht, quoad vitam zweifelhaft. Der anfangs günstige klinische Verlauf hat keine Dauer gehabt; das Kind ist, sobald es der klinischen Pflege entzogen worden ist, vom neuem erkrankt; der Prozess ist mit vermehrter Heftigkeit recidiviert, und wir sehen als jetziges Resultat einen Zustand, der bei der anscheinend grossen Eiteransammlung jedenfalls die Operation bald erfordern wird.

Fall Nr. 29.

Leonhard Kl. Die Eltern sind gesund. Am 24. IX. bekam der Knabe Schmerzen im linken Hüftgelenk und im Knie; am 25. IX. konnte er nicht mehr gehen, sondern wurde bettlägerig; 14 Tage später stellte sich eine bedeutende Schwellung des Oberschenkels ein. Bis Februar war das Kind dann im Bett, und dann wurde von sachkundiger Seite eine Jodbehandlung vorgenommen. Jedoch hielten die Schmerzen unverändert an. Das Allgemeinbefinden war sehr schlecht. Ende Februar stand der Patient auf; das Gehen war sehr beschwerlich; dann besserte sich das Allgemeinbefinden; trotzdem ist der Zustand am Tage der Aufnahme bedeutend ungünstiger.

Status praesens. Starke Beuge- und Adduktionskontraktur; am Trochanter ein faustgrosser Abscess.

7. VII. Incision und Ausschabung; Jodoformtampon.

10. VII. Naht.

26. VII. Entlassung.

Augenblicklich ist das Kind nun ziemlich gesund; es hinkt zwar noch etwas, jedoch ist die Wunde seit kurzer Zeit gut verheilt. Das Gehvermögen ist zwar erhalten, doch kostet es viel Anstrengung und geht schlecht vor sich. Sonstige Complikationen und Erkrankungen fehlen.

Ich verweise, was die Erläuterung dieses Falles anbetrifft, auf die vorhergehenden ähnlichen Beispiele.

Fall Nr. 30.

Johann L. Die Eltern sind gesund, ebenso die Geschwister. Bis Februar fehlte dem Kinde nichts; dann stellten sich allmählich beim Auftreten Schmerzen ein, weshalb Salben appliciert wurden, die aber ohne Wirkung blieben. Vor etwa 6 Wochen bildete sich eine Geschwulst am Oberschenkel in der Inguinalgegend, so dass die Eltern am 29. V. das Kind in die chirurgische Klinik aufnehmen liessen. Hier wurde ein Pappschienenverband angelegt. Entlassung und Wiederaufnahme am 9. VII.

Status praesens. Wenig entwickeltes, schwächliches Kind. Das rechte Hüftgelenk steht in Beuge- und Adduktionskontraktur; dabei ist das Bein nach innen rotiert. Die Drüsen sind intakt, die Lungen und die anderen Organe sind frei. Abscessbildung.

14. VII. Incision und immobilisierender Verband.

18. VII. Entlassung mit einem Pappschienenverband.

Der jetzige Gesundheitszustand ist folgender: Das Kind befindet sich angeblich schlecht. Es hinkt stark und kann allein fast gar nicht gehen. Aus 3 Öffnungen wird Eiter secerniert, und ausserdem sind im Gelenk und in der Umgebung desselben starke Schmerzen vorhanden.

Auch dieser Fall weicht im grossen und ganzen wenig von den vorhergehenden ähnlichen ab. Der Erfolg ist kein guter; die Prognose geht damit Hand in Hand. Die Begründung und die Wahrscheinlichkeitsmomente hierfür decken sich mit denen der anderen, deren ich oben bereits mehrere erwähnte.

Der besseren Übersicht halber mögen nun im folgenden kurz einige Prozentsatzberechnungen angeführt werden.

Von den 31 angeführten Fällen sind im allgemeinen gesund 45,16%,
nicht gesund 41,93%,
tot . . . . . 12,91%.
Bei den noch lebenden 27 Patienten ist das Gehvermögen gut erhalten bei . 11,11%,
Hinken ist eingetreten bei . . . . . 88,89%.

Eiterfisteln haben sich eingestellt, resp. sind wieder zum Durchbruch gekommen, oder nach der Behandlung aufgetreten bei	33,33%,
nicht eingetreten oder verheilt bei . .	66,67%.
Das Gehvermögen an und für sich, ob Hinken vorhanden ist oder nicht, ist schlecht bei	66,67%,
gut erhalten bei	33,33%,
das Bett hüten	14,81%,
Schmerzen haben noch	51,85%.
Sonst erkrankt sind an tuberkulösen Affektionen	7,41%.

Übereinstimmend mit anderen statistischen Mitteilungen bin auch ich zu der Ansicht gekommen, dass es für einen wirklichen Erfolg von eminenter Bedeutung ist, dass frühzeitig der Krankheitsprozess in Angriff genommen werde. Bei den ersten, unscheinbaren Schmerzen, selbst bei dem leisesten Verdacht an eine Coxitis, greife man sofort zur exspektativen Behandlung. Der gute Erfolg einiger vorstehender Fälle, die frühzeitig behandelt wurden, zeigt deutlich den Weg; der ganze Krankheitsprozess wird in seinem Verlauf geändert, er wird verkürzt, ja sogar unterbrochen und beseitigt. Die beiden mir vorliegenden Fälle, die ich zufällig, wie schon erwähnt, selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, übertreffen alle Erwartungen, die man von vornherein an einen Erfolg der Behandlung zu stellen gewohnt ist. Ähnliche Resultate teilt Professor Lorenz in Wien in seiner neuesten Veröffentlichung in der „Wiener Klinik“ mit. Derselbe berichtet ebenfalls von mehreren völlig intakt gebliebenen Fällen.

Vor allen Dingen kommt es darauf ferner an, auf jeden Fall das Allgemeinbefinden der erkrankten Individuen zu bessern. Der schlechte Ernährungszustand

der Patienten, zumal sie doch meistens der ärmeren Klasse entstammen, beeinflusst natürlich in nachteiligster Weise den Heilprozess. — Wir dürfen mit unseren Resultaten bei der im allgemeinen schlechten Prognose der Coxitis schon zufrieden sein. Der Exitus letalis trat nur ein bei 2 nicht operierten, während der eine anfangs exspektativ behandelte und dann operierte Fall ebenfalls zu Grunde gegangen ist; bei dem anderen ähnlichen Falle war der Zustand in diesem Herbste ein derartig schlechter, dass wohl schon jetzt der Tod erfolgt sein dürfte. Im allgemeinen d. h. im Allgemeinbefinden gebessert sind also 45,16 %, d. h. über die Hälfte nach Abzug der letal verlaufenen Fälle der anfangs so schwer heruntergekommenen Individuen. Dieser gehobene Gesundheitszustand wird aber begreiflicher Weise nur dann eintreten können, wenn die oft entsetzlichen Schmerzen, die namentlich nachts am ärgsten sind, zum Verschwinden gebracht sind. Das erachte auch ich als die Hauptaufgabe der exspektativen Behandlung. Dieses Ziel stellt auch Prof. Lorenz als das vor allen einzig erstrebenswerte hin; dabei fordert er mit Recht, auch den hygienischen Verhältnissen so weit als nur irgend möglich gerecht zu werden.

Eine Hebung der Schmerzen wird aber nur durch Fixation des Gelenks allmählich herbeigeführt werden können. Wenn man mit dem ebengenannten Forscher annehmen will, dass der Schmerz durch Faltenbildung der entzündeten Synovialis bei Bewegungen und dadurch entstandene Nervenreizung hervorgerufen wird, so liegt namentlich hier klar auf der Hand, dass das Gelenk fest fixiert werden muss. Die einzelnen Angaben in den Krankengeschichten haben deutlich den günstigen Einfluss der Fixation gezeigt.

Ausser ein paar Ausnahmefällen, wo der Prozess jedenfalls schon zu weit ausgebreitet war, sind die Schmerzen geschwunden; so mühsam, so umständ-

lich und so sehr in den Hoffnungen ermüdend auch solch eine Therapie ist, so sicher führt sie auch in der Regel zum Ziele. Die Empfindlichkeit des Gelenks hebt sich ebenfalls mit der fortgesetzten Behandlung; die Contrakturen fallen, wenn auch hier und da nur zum teil, allmählich fort, und das früher völlig unbrauchbare Gelenk wird wieder aktionsfähig.

Prof. Lorenz ist weiter der Ansicht, dass man operativ nur dann vorgehen soll, wenn ganz abnorme, schwer abscedierende Formen vorliegen mit weitverbreiteter Osteomyelitis. Wir teilen hier diese Ansicht. Er ist seit den Erfolgen, die er selbst erreicht hat, ein prinzipieller Feind der Resektionsmethode. Ja, er behauptet, dass Gelenke, welche bei teilweiser Zerstörung des Gelenks durch den Extensionsverband zu ankylotischen unter fibröser Verwachsung der Gelenkenden werden, bei weitem den „Schlottergelenken" der resecierten Fälle vorzuziehen sind.

Das Fortbewegungsvermögen ist nach meinen Beobachtungen bei 88,89 % gehindert; nur 11,11 % können wieder gut gehen! Das wird bei der schlechten Prognose auch in dieser Beziehung nicht Wunder nehmen.

Albert, früher ein Freund der sogenannten Frühresektion, hat seine Ansicht geändert, seitdem man mit mehr Liebe und Ausdauer sich der exspektativen Methode angenommen hat; ihm folgte Heussner, und König ist ebenfalls ein entschiedener Vertreter unserer Meinung. — Die Mortalität schreckt uns gewiss nicht ab; im Gegenteil! Die letal geendigten Fälle sind fast alle auf Rechnung interkurrenter Erkrankungen zu schreiben; in dieser Beziehung wird die Operation auch keine besseren Erfolge zu verzeichnen haben!

Starb doch auch der eine von mir herangezogene operierte Fall, und der andere ebenfalls operierte ist wohl schon letal verlaufen, wie erwähnt. Das Eintreten

interkurrenter Erkrankungen tuberkulöser Natur wird auch eine Resektion kaum hindern!

Ob man punktieren soll, ob man es in jedem Falle von Abscessbildung thun soll, darüber erlaube ich mir kein Urteil; Nachteil scheint eine Punktion mit nachfolgender Auspülung nicht gehabt zu haben. Professor Lorenz behauptet, dass es nicht immer nötig sei und dass es auf die Grösse und Natur des Abscesses ankomme; er verlangt nur bei drohendem Durchbruch Spaltung.

Dass schliesslich durch die exspektative Methode die Eiter- und Abscessbildung begünstigt werde, glaube ich durchaus nicht. Ich denke, wenn sich Fisteln später noch gebildet haben, so war die Anlage dazu schon mehr oder weniger da, und wo die Abscessbildung nicht vorhanden ist, ist die Hoffnung auf Besserung und erneute Gebrauchsfähigkeit, wenn nicht gar auf die restitutio ad integrum, auch hier gewiss eine gerechtfertigte.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. von Heineke, meinem hochverehrten Lehrer, für die gütige Anregung zu dieser Arbeit, für die freundliche Überlassung des Materials und für die bereitwilligen Ratschläge meinen aufrichtigsten und herzlichsten Dank an dieser Stelle zu sagen.

Verzeichnis der Litteratur,

welche bei der Anfertigung der vorliegenden Arbeit benutzt wurde.

1. Hueter-Lossen, Chirurgie.
2. König, Chirurgie.
3. Heineke, Compendium der Chirurgie.
4. Wiener Klinik, Oktober-November 1892.
5. Sammlung klinischer Vorträge für Chirurgie. Über den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen von R. Volkmann.
6. Hueter, Gelenkkrankheiten.
7. Birch-Hirschfeldt, Pathol. Anatomie.
8. Strümpell, spezielle Pathologie und Therapie.
9. Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde.